

.....  
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

..... dn. ....  
(miejscowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki  
w Technikum im. Orłąt Lwowskich w Tychach  
ZDZ Katowice.*

Zaświadcza się, że .....  
(imię / imiona i nazwisko)

PESEL .....

Urodzony/a ..... W .....  
(data urodzenia dd-mm-rrrr) (miejscowość, województwo)

Zamieszkały/a: .....  
(kod, miejscowość, ulica, numer)

### ***Nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki w klasie:***

kształcenie ogólne- technik logistyk- klasa mundurowa

Podstawa prawna: art. 143 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910 i 1378 oraz z 2021 r. poz. 4)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)